

1. Data/...../2024

2. Servizio:	3. Codice:	4. Gender: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/>
5. Anni compiuti:.....	6. Nazione di Nascita: <input type="checkbox"/> Italia <input type="checkbox"/> Altro	
7. SSN: STP <input type="checkbox"/> ENI <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/>		
8. Titolo di Studio: CPIA <input type="checkbox"/> Elementari <input type="checkbox"/> Media Inferiore <input type="checkbox"/> Media Superiore <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/>		
9. Condizione Professionale: 1. Studia <input type="checkbox"/> 2. Lavora <input type="checkbox"/> 3. Disoccupato <input type="checkbox"/> 4. Condizione Non Professionale <input type="checkbox"/>		
10. Dove vivi: Strada <input type="checkbox"/> Occupazione <input type="checkbox"/> Struttura <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/>		
11. Migrante: Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> In attesa di regolarizzazione <input type="checkbox"/>		
12. Test HCV : 1. Life Time <input type="checkbox"/> 2. Last Year <input type="checkbox"/>		
13. Test HIV : 1. Life Time <input type="checkbox"/> 2. Last Year <input type="checkbox"/>		
14. Test HBV : 1. Life Time <input type="checkbox"/> 2. Last Year <input type="checkbox"/>		
15. Vaccino HBV : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

16. Profili a rischio **nell'ultimo anno**:

1. Trasfusioni di sangue o derivati: <input type="checkbox"/>	9. Eseguito emodialisi: <input type="checkbox"/>
2. Interventi chirurgici: <input type="checkbox"/>	10. Fattori predisponenti di immunodeficienza: <input type="checkbox"/>
3. Ricovero Ospedaliero: <input type="checkbox"/>	11. Un familiare/parente/convivente ha avuto l'epatite: <input type="checkbox"/>
4. Sottoposto ad endoscopia: <input type="checkbox"/>	12. Un familiare/parente/convivente è HIV positivo: <input type="checkbox"/>
5. Trattamenti Dentistici: <input type="checkbox"/>	13. Rapporti sessuali non protetti: <input type="checkbox"/>
6. Eseguiti Piercing o orecchini: <input type="checkbox"/>	14. Rapporto Sessuale sotto effetto di sostanze: <input type="checkbox"/>
7. Fatti Tatuaggi: <input type="checkbox"/>	15. Uso della PreP: <input type="checkbox"/>
8. Sottoposto ad Agopuntura: <input type="checkbox"/>	16. Condiviso materiale per il consumo: 1. Iniettivo <input type="checkbox"/> 2. Fumato <input type="checkbox"/> 3. Inalato <input type="checkbox"/>
	17. Hai condiviso sex toys: <input type="checkbox"/>

17. Consumo sostanze **nell'ultimo anno**:

1. Eroina	En <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>
2. Cocaina	En <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>
3. Crack	En <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>
4. Misuso di Alcol	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Cannabis	En <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>
6. Metadone	En <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>
7. Benzodiazepine	En <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>
8. Anfetamine	En <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>
9. Ketamina	En <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>

10. Altro:	En <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>
11. Altro:	En <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Fu <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/>
18. Hai mai iniettato sostanze: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	19. Ultimo episodio: Meno 1 Mese <input type="checkbox"/> Più 1 Mese <input type="checkbox"/>

20. Test Effettuato

1. Test HIV Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/>
2. Test HCV Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/>
3. Test HBV Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/>
4. Test HCV di Conferma Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/>

21. Accompagnato al reparto **malattie infettive** Si No